UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N°9

UN HOPITAL TEMPORAIRE

PENDANT LES TROIS PREMIERS MOIS DE LA GUERRE

(STATISTIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE)

THÈSE

PRÉSENTÉE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE DEVANT LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

Le 8 décembre 1914

PAR

Pierre GRASSET

Né à Montpellier (Hérault), le 2 août 1881

ANCIEN INTERNE PROVISOIRE DES HOPITAUX DE MONTPELLIER ET DE PARIS

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse

ESTOR, Professeur, *Président.*
RAUZIER, Professeur
GALAVIELLE, Agrégé
VEDEL, Agrégé libre

Assesseurs.

MONTPELLIER

IMPRIMERIE ROUMÉGOUS ET DÉHAN

Rue Vieille-Intendance, 5

1914

UN HOPITAL TEMPORAIRE

PENDANT LES TROIS PREMIERS MOIS DE LA GUERRE

(STATISTIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE)

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

No 9

UN HOPITAL TEMPORAIRE

PENDANT LES TROIS PREMIERS MOIS DE LA GUERRE

(STATISTIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE)

THÈSE

PRÉSENTÉE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE DEVANT LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

Le 8 décembre 1914

PAR

Pierre GRASSET

Né à Montpellier (Hérault), le 2 août 1881

ANCIEN INTERNE PROVISOIRE DES HOPITAUX DE MONTPELLIER ET DE PARIS

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Examinateurs de la Thèse

ESTOR, Professeur, *Président.*
RAUZIER, Professeur
GALAVIELLE, Agrégé
VEDEL, Agrégé libre

Assesseurs.

MONTPELLIER

IMPRIMERIE ROUMÉGOUS ET DÉHAN

Rue Vieille-Intendance, 5

1914

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✻), Doyen.
SARDA, Assesseur.
IZARD, Secrétaire.

Professeurs

Clinique chirurgicale.	MM. TEDENAT (✻).
Clinique médicale.	CARRIEU.
Clinique des maladies ment. et nerv.	MAIRET (✻).
Physique médicale.	IMBERT (✻).
Botanique et Histoire naturelle médicales.	GRANEL.
Clinique chirurgicale.	FORGUE (✻).
Clinique ophtalmologique.	TRUC (O. ✻).
Chimie médicale.	VILLE.
Physiologie.	HEDON.
Histologie.	VIALLETON.
Pathologie interne.	DUCAMP.
Anatomie.	GILIS (✻).
Clinique chirurg. infantile et orthopédie.	ESTOR.
Microbiologie,	RODET.
Médecine légale et Toxicologie.	SARDA.
Clinique des maladies des enfants.	BAUMEL (✻).
Pathologie et thérapeutique générales.	BOSC.
Hygiène.	BERTIN-SANS (H.).
Clinique médicale.	RAUZIER (✻).
Clinique obstétricale.	VALLOIS.
Thérapeutique et Matière médicale.	VIRES.
Anatomie pathologique.	N..

Professeurs adjoints : MM. de ROUVILLE, PUECH, MOURET
Doyen honoraire : M. VIALLETON.
Professeurs honoraires :
MM. E. BERTIN-SANS (✻), HAMELIN (✻), GRASSET (O✻).
Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique gynécologique	de ROUVILLE, prof. adj.
Accouchements	PUECH, prof. adjoint.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, prof. adjoint
Pathologie externe	LAPEYRE, agr. libre.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU (✻), ag. lib.
Clinique annexe des maladies syphil. et cutan.	VEDEL, agrégé libre.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN, agr. l.
Clinique annexe des maladies des vieillards	EUZIERE, Agrégé.
Accouchements	P. DELMAS. agrégé.

Agrégés en Exercice

MM.	MM.	MM.
GALAVIELLE.	CABANNES.	RIMBAUD.
GRYNFELTT Ed.	DERRIEN.	ROGER.
LAGRIFFOUL.	DELMAS Paul.	ETIENNE.
LEENHARDT.	MASSABUAU.	LISBONNE.
GAUSSEL.	EUZIÈRE.	MARQUES (ch. des F.)
RICHE.	DELMAS J.	

Examinateurs de la Thèse

MM. ESTOR, professeur, *président.*	MM. GALAVIELLE, *agrégé.*
RAUZIER, professeur.	VEDEL, *agrégé.*

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

INTRODUCTION

Les défauts de cette étude sont évidents. Une statistique médico-chirurgicale n'est pas concluante si on la limite, comme nous avons été forcé de le faire, à la durée de trois mois, alors que la campagne n'est pas achevée. En outre, pareille statistique devrait comprendre plusieurs Hôpitaux et non, comme c'est ici le cas, un seul « Temporaire » : car dans une même ville, la répartition des malades est différente dans chacun des Hôpitaux, ces derniers étant étiquetés, les uns *chirurgicaux*, les autres *médicaux*. Enfin notre documentation est sommaire : l'affluence des blessés, et aussi l'état d'esprit propre à la guerre, repoussent au second plan la recherche scientifique désintéressée ; on s'occupe de soigner des soldats plutôt que de prendre des observations... Il n'y a donc dans les pages suivantes que l'ébauche d'un cadre, l'indication d'un sujet.

Il m'est agréable, à la première de ces pages, d'écrire le nom de M. le médecin-major Marc Blanc, sous la charmante autorité duquel j'ai servi. Par ses soins, l'établissement qui était « dans le civil » l'Ecole normale des Institutrices de Montpellier a été promu au grade d'Hôpital militaire. Et l'on cite le « temporaire n° 2 » comme un modèle. — Je veux remercier le docteur Rives, qui a eu l'amabilité de me communiquer les observations des malades qu'il a opérés, et le docteur Maystre qui, devenu mon chef direct, n'a pas oublié notre ancienne camaraderie.

Par la présente thèse se terminent hâtivement des études

médicales, quelquefois distraites. Je suis un peu rassuré, avant de subir cette épreuve, en songeant que mes premiers maîtres ont accepté d'en être les juges. Le premier, le professeur Estor, m'a appris ce qu'était la conscience médicale. En le regardant penser sans cesse, scrupuleusement, ingénieusement, au bien du malade, j'ai compris la grandeur de la vocation chirurgicale. Le professeur Rauzier, par son enseignement lucide, m'a montré la beauté de la méthode, et m'a fait éprouver que la mise en ordre est une volupté de l'intelligence. Je leur dis à tous deux ainsi qu'au professeur Vedel et au professeur Galavielle, qui eux aussi ont bien voulu être mes juges, un grand merci respectueux... J'exprime encore l'hommage d'un élève reconnaissant au professeur Jeanbrau, dont les spirituelles causeries réconcilieraient, si elles pouvaient jamais se brouiller, la Littérature et la Médecine.

Est-il nécessaire enfin, quand toute ma vie leur est dédiée, de dédier à mes parents cet insuffisant travail ? Avant et après tous, mon père et ma mère ont été, sont et seront toujours mes maîtres et mes amis.

Montpellier, Novembre 1914.

UN HOPITAL TEMPORAIRE

PENDANT LES TROIS PREMIERS MOIS DE LA GUERRE

(STATISTIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE)

I

Nombre des blessés

NOMBRE TOTAL

Le nombre total des blessés soignés dans l'Hôpital temporaire n° 2 de Montpellier, depuis le commencement de la guerre jusqu'aux premiers jours du mois de novembre, est de : 346.

Durant les trois premiers mois de la guerre, les trains de blessés ont distribué ces malades à dix dates, s'échelonnant irrégulièrement depuis le 17 août : première arrivée. Les deux derniers envois (2 et 13 octobre) ont été particulièrement nombreux et graves : 42 et 43 blessés, presque tous couchés. Ils avaient été pansés à Sainte-Menehould et à Mourmelon et venaient de la bataille de la Marne.

ACTIVE ET RÉSERVE

Le décompte des soldats de l'armée active et de la réserve sera intéressant dans les statistiques ultérieures et plus étendues, quand l'hiver et la durée de la campagne auront

accru le pourcentage des *fiévreux*, car il pourra alors motiver un jugement sur la résistance à la fatigue suivant l'âge des hommes. Dans l'étude présente, il nous donne :

Armée active : 106.

Réserve : 240.

LES DIVERSES ARMES

Le risque de blessure est inégal dans l'artillerie, l'infanterie, la cavalerie... Mais il ne saurait être établi par la seule statistique suivante, pour l'appréciation de laquelle il faudrait encore connaître la proportion, suivant leur arme, des hommes amenés à combattre. Voici donc à titre d'indication :

Infanterie : 280.

Coloniaux : 27.

Artillerie : 16.

Chasseurs : 13.

Génie : 4.

Zouaves : 3.

Section C. O. A. : 2.

Tirailleurs : 1.

II

Statistique médico-chirurgicale

1. — FIÉVREUX

Un petit nombre de soldats (*26*) a été évacué *sans blessure* avec la seule étiquette : *fiévreux*. Cette catégorie de malades, qui ira s'accroissant avec la durée de la campagne et la rigueur de l'hiver, n'a commencé d'apparaître que parmi les derniers évacués, durant le mois d'octobre.

Rhumatisme articulaire : 7.

Embarras gastrique fébrile : 2.

Fièvre typhoïde : 3.

Gastroentérite chronique et appendicite chronique : 2.

Cirrhose hypertrophique du foie : 1.

Paludisme : 1.

Dysenterie : 1.

Bronchite aiguë : 1.

Congestion pulmonaire (en convalescence) : 1.

Cardiopathies : 3.

Hernie inguinale douloureuse : 1.

Faiblesse générale. Dépression nerveuse : 3.

2. — BLESSÉS

Les blessés sont au nombre de *320*. Quelques hommes ayant été atteints plusieurs fois, le nombre des blessures est

de *380*. Nous ferons la statistique de celles-ci, successivement, d'après *l'agent* cause de la blessure, d'après *le siège* du corps atteint, d'après *les tissus* particulièrement intéressés, d'après les *complications et l'évolution* de la blessure. Nous détacherons ces dernières en un chapitre séparé qui nous permettra de jeter un coup d'œil sur quelques observations intéressantes.

A. — Agent

a) *Par arme blanche*: 2 blessés seulement. L'un à la main, dans une charge à la baïonnette. L'autre, au genou, par une chute dans une tranchée sur la baïonnette d'un camarade. Tous deux superficiellement atteints.

b) *Par balle :* 162 blessures.

Parmi les balles extraites, 2 déformées étaient des balles explosives, ou peut-être des balles éclatées, par ricochet sur une surface dure, avant d'atteindre le soldat.

c) *Par shrappnells* : 49 blessures.

d) *Par éclats d'obus :* 140 blessures.

e) *Accidentés* : 21 contusions.

De celles-ci, 11 ont été produites par une chute ; 1 par un coup de crosse de fusil ; 1 par un coup de sabot de cheval ; 3 autres contusions n'ont pas de cause précise. Enfin, nous rangeons ici 5 plaies du pied par chaussure.

4 entorses.

1 brûlure par éclatement d'un pétard à la mélinite.

1 phlegmon superficiel (sans blessure de guerre) de la face dorsale de la main gauche.

B. — Siège des blessures

a) Tête : 29.

Front : 4 blessures.
Tempe droite : 3.
Région pariétale du crâne : 7.
Région occipitale : 1.
Région mastoïdienne : 1.
OEil droit : 1.
OEil gauche : 2.
Région sous-orbitaire droite : 1.
Région nasale : 1.
Joue gauche : 3.
Lèvre supérieure : 2
Oreille droite : 1.
Oreille gauche : 2.

b) Cou : 7.

c) Thorax : 29.

d) Abdomen : 18.

Creux épigastrique : 1.
Flanc droit : 5.
Flanc gauche : 5.
Région lombaire droite : 2.
— gauche : 5.

e) Rachis : 2.

f) Périné : 1.

Scrotum : 2.
Verge : 2.

g) Membres supérieurs : 120.

Épaule droite : 16.
Épaule gauche : 9.
Bras droit : 12.
Bras gauche : 16.
Coude droit : 4.
Coude gauche : 2.
Avant-bras droit : 8.
Avant-bras gauche : 15.
Poignet droit : 3.
Poignet gauche : 1.
Main droite : 13.
Main gauche : 21.

h) Membres inférieurs : 170.

Région fessière droite : 9.
Région fessière gauche : 3.
Hanche droite : 2.
Hanche gauche : 3
Cuisse droite : 28.
Cuisse gauche : 25.
Genou droit : 11.
Genou gauche : 8.
Creux poplité gauche : 1.
Jambe droite : 19.
Jambe gauche : 28.
Cou de pied droit : 1.
Cou de pied gauche : 2.
Pied droit : 12.
Pied gauche : 18.

C. — Tissus intéressés par les blessures

a) *Parties molles* : 256 fois, les seules parties molles ont été intéressées.

b) *Os* : 86 fois parties molles et os sousjacents ont été atteints.

c) *Articulations* : 38.

d) *Nerfs* : 4 fois un nerf important a été atteint par le projectile lui-même ou par l'inflammation de la plaie.

e) *Vaisseaux* : 3 fois la lésion d'une artère a amené comme complication tardive un anévrisme traumatique.

III

Evolution et quelques complications

A. — Evolution suivant l'agent

Les deux blessures par *arme blanche* soignées à l'Hôpital temporaire, superficielles, non infectées, ont cicatrisé rapidement. Rien d'intéressant à signaler à leur propos.

Quant aux blessures par balle, shrappnell ou éclat d'obus, elles ont présenté des caractères et une évolution propres à chacun de ces projectiles. Elles ont été d'autre part assez nombreuses pour qu'on puisse, d'après elles, se faire une idée générale :

Balles. — Leur volume relativement petit, leur forme allongée, leur puissance de pénétration, leur asepsie probable, due sans doute à leur échauffement, déterminent les caractères suivants des blessures qu'elles produisent : petit orifice d'entrée, parfois cicatrisé à l'arrivée ; long trajet de petit calibre ayant occasionné le minimum de dégâts et non ou peu infecté ; orifice de sortie plus grand, mais encore restreint et peu injecté. C'est donc le séton qui est le plus fréquent, et l'on a donc peu de balles à extraire : le diagnostic d'agent est fait alors par l'interrogatoire et les caractères de la blessure. La guérison est la règle. Sans reliquats le plus souvent. Quand la balle est restée dans le corps, elle n'est que rarement source d'infection.

Entre autres exemples de l'innocuité relative des sétons par balle, nous pouvons citer le fait d'une balle ayant traversé

transversalement la cuisse gauche, puis les bourses et enfin la cuisse droite. Cicatrisation rapide, sans incidents.

Autre cas : Séton du cou. Les deux orifices rapidement cicatrisés sont sur les faces latérales du cou. La ligne droite qui les réunirait passerait entre la trachée et l'œsophage, bousculant les deux paquets vasculo-nerveux couchés dans la gouttière trachéo-œsophagienne. Or aucun de ces organes ne paraît avoir souffert. Il y a eu seulement, les premiers jours, un peu de crachement de sang aussitôt tari. Et il n'est resté qu'une **légère dysphagie.**

Shrappnells. — Les balles rondes sont d'abord assez souvent multiples sur un même blessé : l'éclatement d'un shrappnell distribuant un grand nombre de balles. Celles-ci plus volumineuses que les balles de fusil, d'une matière différente, d'une force de pénétration moindre, et plus septiques sans doute déterminent des plaies moins profondes (plaies pénétrantes plus souvent que séton), mais infectées. Aussi n'est-il pas rare qu'elles se révèlent par l'abcès qu'elles produisent. Quand on a incisé cet abcès, on découvre ensuite la **balle de shrappnell.**

Eclats d'obus. — Ici fréquence des grands délabrements : fractures, plaies anfractueuses, profondément infectées. D'autant plus que l'éclat a entraîné avec lui de la terre, des **fragments de vêtements.**

Exemple : Un éclat d'obus, ayant traversé transversalement le corps, a fait successivement une plaie pénétrante de la fesse gauche, un abcès ischio-rectal, une fracture de la cuisse droite. L'orifice de sortie est un énorme cloaque de la partie supérieure de la cuisse. Malgré un drainage énergique, et une médication stimulante, le blessé qui était arrivé profondément **infecté, est mort de septicémie.**

A citer aussi, et qu'on retrouvera plus loin, un cas de tétanos : la plaie de la partie inférieure et antérieure de la cuisse se continuait par un long trajet anfractueux jusqu'à l'articulation du genou et récelait d'abord un volumineux éclat d'obus, puis un morceau de drap de capote.

B. — Rétention d'urine

Nous l'avons d'abord observée dans un cas d'hématomyélie, due à la pénétration jusqu'au rachis d'une balle (plaie dans la région lombaire). Ce n'était pas alors une complication, mais un élément normal d'un syndrome, car cette rétention s'accompagnait de paralysie des sphincters et de paraplégie.

Il n'en était pas de même d'une rétention d'urine présentée assez fréquemment par des blessés divers, à leur entrée à l'hôpital. Ils n'avaient ni plaie, ni contusion lombaire, mais seulement une sorte de paresse vésicale. Le sondage était facile, sans obstacle ; et 2 ou 3 jours après l'arrivée de ces malades, toute rétention disparaissait. Chez un grand blessé (fracture des deux jambes, infection profonde), la rétention d'urine a réapparu 3 fois, coïncidant chaque fois avec une aggravation de l'état général.

C. — Gangrène gazeuze

Un seul cas de phlegmon sphacélique gazeux. Le blessé présentait à l'arrivée une plaie contuse du 1/3 inférieur de la jambe gauche, plaie à bords noirs et sphacélés, et une tuméfaction très forte, de coloration livide, s'étendant depuis le pied jusqu'au genou. A la palpation, crépitation gazeuze. Fièvre, mauvais état général. Incision, extraction d'un éclat d'obus, large drainage. A la suite de quoi la guérison a été progressive, régulière. La jambe, revenue à son volume normal, cicatrisée, conservait cependant une infériorité circula-

toire : œdème facile, sensation de froid relatif. Le malade commençait à marcher quand a apparu un point de périostite de la crête du tibia. Cette légère rechute a rapidement cédé à son tour.

D. — Arthrites suppurées du genou

Une place à part doit être faite aux arthrites suppurées du genou, à cause de leur relative fréquence par rapport aux autres arthrites, et surtout à cause de leur gravité.

Nous en avons observé 4 cas. A l'entrée de ces malades (blessés depuis peu de jours) les plaies au niveau du genou sont petites et paraissent superficielles. Mais en même temps on est frappé par un état général qui semble disproportionné : dépression, somnolence, fièvre... Une dizaine de jours après, le malade se plaint du genou. On note à l'examen la tuméfaction des culs-de-sac de l'articulation ; et, quoique les orifices persistent à donner peu de pus, l'arthrite suppurée s'établit. On fait une arthrotomie, un large drainage. Les jours suivants, l'état local paraît s'améliorer, mais l'état général reste grave, la fièvre ne cède pas, les douleurs très vives tourmentent sans cesse le malade. L'escarre apparaît. Une phlegmatia dans un des cas. Dans tous, la septicémie progresse. Ce n'est qu'après un long temps qu'un mieux se dessine chez 2 de ces blessés. Mieux encore très précaire. Quant aux 2 autres, leur état reste inquiétant. Et l'on peut se demander s'il n'eût pas mieux valu réagir contre la tendance actuelle de la chirurgie conservatrice et se résoudre à l'amputation. La question doit du moins être posée en présence de plusieurs arthrites suppurées du genou.

E. — Complications des plaies de poitrine

Sur les 29 plaies de thorax, 6 seulement ont traversé la

paroi thoracique et intéressé la plèvre. Leur évolution a été diverse ; en voici un rapide aperçu :

1. Une plaie en séton allant de la région sous-claviculaire droite à l'épaule. Hémoptysie, dyspnée, fièvre : un épanchement pleural se forme. Celui-ci s'est résorbé sans intervention, dans un temps de 3 semaines à 1 mois. Alors que le malade était presque guéri, ses plaies à peu près cicatrisées, est apparu un phlegmon sus-claviculaire. Mais celui-ci, bien localisé, une fois incisé et drainé a guéri complètement. Et il ne reste à ce malade qu'un peu de raideur de l'articulation de l'épaule.

2. Autre plaie en séton par balle, allant de la clavicule gauche (1/3 moyen, fracture) à la ligne épineuse (8e vertèbre dorsale). Ici, pas d'épanchement, mais un pneumo-thorax partiel. Sous les simples pansements, les plaies se sont cicatrisées, le pneumo-thorax disparaît progressivement, l'état général est très bon. La guérison complète est proche.

3. Non plus un séton, mais une plaie pénétrante de la région dorsale, entre la 9e et la 10e côte. La radiographie montre une balle de shrappnell contre le corps de la vertèbre correspondante. Epanchement pleural que deux ponctions à 10 jours d'intervalle révèlent formé de sang. Mais à une 3e ponction, la transformation purulente est effectuée. Opération : costotomie. Evacuation d'une grande quantité de pus. La toux et la dyspnée disparaissent les jours suivants. L'appétit revient. L'état général s'améliore progressivement.

Résumé d'une observation du Dr Rives

4. Une plaie par éclat d'obus de la région thoracique gauche, sur la ligne axillaire antérieure au niveau de la 6e côte. Perte de substance sur la côte. Il n'y a d'abord pas de réaction

pleurale; mais bientôt la dyspnée apparaît, le point de côté, la fièvre: en quelques jours un épanchement monte jusqu'à l'omoplate. Cet épanchement ne tarde pas à passer à la purulence, comme le révèle la ponction. On effondre la plèvre au fond de la plaie : écoulement d'une grande quantité de pus. Drainage. Drainage qui continue de fonctionner par la suite. Malgré quoi la septico-pyohémie progresse : température oscillante, escarres, mauvais état général.

5. Un séton par balle de la région scapulaire à la région sous-claviculaire gauche. Après quelques jours de symptômes pleuro-pulmonaires légers, un hématome pleural se forme. Mais on n'a pu suivre l'évolution de ce malade qui a été évacué sur un autre hôpital.

6. Enfin une plaie en séton allant de la région sous-claviculaire droite à la fosse sous-épineuse. Ici une bronchopneumonie aiguë s'est aussitôt déclarée, qui a emporté rapidement le malade.

F. — **Anévrismes**

Trois cas d'anévrismes traumatiques : nombre proportionnellement plus grand que celui donné par la plupart des statistiques de guerre.

Résumé d'une observation du Dr Rives

1. Un blessé présentait une plaie en séton, par balle, de la cuisse droite : plaie qui est actuellement en train de guérir sans complications, et présentait, d'autre part, lors de son arrivée, un grand nombre de petites plaies pénétrantes disséminées sur tout le bras droit. Ces dernières, dues à de très petits projectiles, ont cicatrisé très vite. Mais 25 jours après l'entrée à l'hôpital, 1 mois après la blessure, l'attention

a été attirée sur une tuméfaction qui venait de se développer au pli du coude droit. Tuméfaction indolore et incolore, avec battements, expansion, souffle systolique : un anévrisme artériel très net. L'opération a été faite par le Dr Rives : double ligature et extirpation. La bande d'Esmark relâchée, la main en 5 minutes est redevenue rose et la radiale a recommencé de battre. Réunion par première intention. Guérison complète.

Résumé d'une observation du Dr Rives

2. Voici un autre blessé qui avait à son entrée à l'hôpital une fracture ouverte du péroné à droite. Et à gauche, des plaies multiples de la cuisse par shrappnell. La fracture très esquilleuse, nettoyée, drainée, a évolué normalement. Quant à la cuisse gauche on en extrait au cours des pansements six balles de schrapnell. Après quoi les plaies de ce côté cicatrisent. Mais le 20 octobre (alors qu'il était entré le 15 septembre et avait été blessé le 10) le malade se plaint d'une douleur à la racine de la cuisse gauche. Celle-ci est dans la position initiale de la coxalgie. A l'examen on découvre une tuméfaction étalée, mal limitée, remontant à 2 doigts de l'arcade. Pas de température locale, pas de battement ni d'expansion : un léger mouvement de fièvre... Les diagnostics d'ostéosarcome, anévrisme, arthrite, ostéite syphilitique et surtout ceux d'ostéite simple ou d'abcès développé autour d'un projectile sont discutés. Le 25, opération par le Dr Rives. Après l'incision des plans superficiels, quand on a récliné le droit antérieur et incisé le vaste externe, on tombe sur des caillots sanguins. Soudain une hémorragie rouge. Compression fémorale, découverte et ligature de la fémorale. Évacuation de la poche qui contenait une balle de shrappnell et des parcelles osseuses. Suture partielle et drainage. Thérapeutique

générale : sérum, caféine, etc... Le résultat a été excellent : le pouls a reparu à la pédieuse 8 jours après, la suppuration s'est très vite tarie, la blessure est actuellement presque complètement cicatrisée.

3. Il nous a été permis d'observer un troisième anévrisme traumatique. Un blessé est entré à l'hôpital avec une plaie en séton (par balle) allant de la face externe et inférieure de la cuisse gauche à la face interne du mollet. Il avait, d'autre part, une fracture de la cuisse droite qui a normalement guéri. Mais au creux poplité gauche, un mois après l'arrivée du blessé, a apparu une tumeur offrant tous les caractères de l'anévrisme. L'opération a été faite : ligature, excision de la poche anévrismale qui était très vaste et adhérente à tous les tissus voisins. La circulation ne s'est pas rétablie ; la gangrène du pied et de la jambe s'est rapidement développée : force a été de pratiquer une amputation de cuisse au 1/3 inférieur.

G. — Hémorragies secondaires

1. Quelques cas d'hémorragies secondaires relativement bénignes ayant cédé sous un simple pansement compressif. Un cas d'hémorragie secondaire plus abondante qui s'est produite dans un foyer de fracture ouverte et infectée (tibia et péroné 1/3 inférieurs) un mois après le jour de la blessure. Les artères saignantes étant profondes et difficiles à atteindre, le malade anémié, on ne s'est pas attardé à lier ; on s'est contenté de pincer les points saignants. Les pinces laissées peu de temps sous un pansement ont été retirées ensuite, après torsion, et l'hémorragie ne s'est pas renouvelée.

Mais voici deux cas plus importants d'hémorragie secondaire :

2. Un blessé entre avec une plaie en séton de la face allant

de la joue droite à la région parotidienne du même côté. La branche montante du maxillaire inférieur a été fracturée au passage. Cinq jours plus tard, grande hémorragie sous l'oreille. Incision et pince à demeure sur la maxillaire interne. Tamponnement, compression. Thérapeutique intense de l'anémie. Cinq jours après cette hémorragie, nouvelle hémorragie par la bouche cette fois. On fait alors la ligature de la carotide externe. Après quoi on retire, sans qu'il se produise d'hémorragie, le tamponnement antérieur et la pince de la maxillaire interne. Le résultat était bon, le blessé reprenait des forces quand, quatre jours après, grande hémorragie par la carotide externe. Pince d'urgence, mais 12 heures plus tard, nouvelle hémorragie foudroyante et mort.

3. Autre cas grave : En plus d'une plaie légère à la partie supérieure du bras gauche (par éclat d'obus), un blessé avait une fracture ouverte (par éclat d'obus) à la partie moyenne et externe de la jambe gauche. Cette plaie profonde, anfractueuse, infectée est largement débridée et nettoyée de ses nombreuses esquilles. Peu de jours après se produit une hémorragie très grave qui nécessite la ligature de la fémorale dans le canal de Hunter. Par la suite, la jambe déjà mal irriguée par le fait de la plaie, présente des troubles de circulation qui font actuellement craindre la gangrène.

H. — Phlegmatia alba dolens

2 cas de phlegmatia ont apparu presque en même temps.

D'abord chez un homme qui était entré le 2 octobre avec une plaie par balle (séton) au niveau du coude gauche. L'état du malade avait été les premiers jours, du 2 au 14, peu sérieux ; la température se maintenant autour de 37°. Le 15 octobre, il y avait eu aggravation de l'état général, élévation de la température à 38°, correspondant à la formation d'une

arthrite du coude. Etat qui avait duré une dizaine de jours. Après quoi, chute de température, bon état local et général : le malade est en voie de guérison : du 25 octobre au 17 novembre. Ce dernier jour légère ascension du thermomètre de 1 degré, douleur dans tout le membre inférieur, œdème blanc douloureux : phlegmatia.

La seconde phlébite s'est montrée chez un homme atteint d'arthrite suppurée du genou, consécutive à une plaie par éclat d'obus. Arthrite grave, mais qui était plutôt en rémission, 2 mois après l'entrée à l'Hôpital, quand l'œdème est apparu.

I. — Complications des plaies des nerfs

3 cas de névrites et 1 cas de section complète.

Le nerf radial a été atteint 2 fois. Chez un malade dans la gouttière de torsion : la plaie due à une balle était un séton du bras gauche au 1/3 moyen. Chez un autre le nerf a été atteint à l'avant-bras : plaie par balle, en séton, à l'avant-bras droit, tiers moyen et tiers externe. Dans les deux cas la paralysie s'est manifestée quand les plaies ont été assez avancées dans la voie de la guérison, et que le syndrome s'est alors détaché et a seul subsisté. C'était la paralysie type des extenseurs accompagnée de douleurs assez vives.

Quant au *nerf cubital*, il a été atteint chez un 3e malade qui présentait une plaie en séton par balle, du bras gauche, tiers interne et tiers inférieur. La paralysie se manifestait par la griffe cubitale classique et l'anesthésie du territoire cubital. Anesthésie au tact mais non à la douleur : car le malade souffrait extrêmement.

Ces trois paralysies nerveuses ont eu la même évolution : retour lent, mais progressif, des mouvements et en fin de compte rétablissement presque intégral de la mobilité.

Enfin un cas de paralysie des muscles fléchisseurs du pied : équinisme et steppage. Cette paralysie, contrairement aux précédentes, n'a pas de tendance à la guérison spontanée. Le *nerf sciatique poplité externe* a dû être sectionné. Le blessé était arrivé à l'Hôpital avec deux larges plaies anfractueuses (par éclat d'obus) de la fesse et de la cuisse (partie inférieure et postérieure):

J. — Tétanos

4 cas de tétanos.

Début. — Le soldat T..., entre le 12 septembre avec une plaie contuse de la face antérieure de la cuisse gauche (1/3 inférieur). Désinfection énergique et extraction d'un éclat d'obus. La profondeur de la plaie n'apparaît pas aussitôt car, le 16, par une nouvelle exploration, on découvre et on extrait un morceau de drap de capote : la plaie rejoignait en profondeur le cul-de-sac sous-tricipital de l'articulation du genou. Le même jour, le tétanos apparaissait.

Le soldat B... présentait une plaie en séton du pied gauche avec fracture du calcaneum. Blessé le 27 septembre, entré à l'Hôpital le 2 octobre, il accusait le 6 les premiers signes de l'intoxication tétanique. On fit aussitôt l'amputation de la jambe, mais l'évolution de la maladie n'en fut pas enrayée.

Le troisième, le soldat D..., entré le 13 octobre pour plaie pénétrante de la jambe gauche par éclat d'obus, présentait les premiers symptômes le 16.

Enfin le soldat R... était arrivé à l'Hôpital avec une simple entorse du genou (douleur, gonflement, épanchement) *sans aucune plaie.* Entré le 13 octobre, son hydarthrose était guérie quand il accusa, le 26 octobre, du trismus. Aucune plaie accidentelle ne s'était produite à l'Hôpital. Aucune contagion ne pouvait être décelée : le malade était resté couché

pour son hydarthrose, et ensuite, 8 jours avant le tétanos, pour une bronchite. Dans la salle, pas de tétanique et rien de commun, comme personnel ou ustensiles, entre le dernier tétanique, le soldat D..., et le nouveau. Un fait à relever : le malade était arrivé avec le même convoi que le soldat D..., convoi qui avait d'autre part distribué à l'Hôpital des blessés particulièrement graves. Y a-t-il eu source commune d'infection ? Cela exigerait pour R... une incubation d'un minimum de 13 jours et la porte d'entrée resterait inconnue.

Evolution. — L'évolution de ces quatre cas de tétanos a été sensiblement la même. Comme premier signe, des *sueurs abondantes*. Ensuite seulement le trismus. Puis la fièvre. A noter pourtant que cette fièvre n'a pas été très élevée, restant autour de 38°, montant rarement jusqu'à 39°. L'évolution a été rapide : l'opisthotonos apparaissait au début du 2e jour ; contractures qui se généralisaient, avec crises convulsives pas très violentes, mais de plus en plus rapprochées. Evolution qui, malgré le traitement classique : acide phénique, chloral (en lavement quand le trismus empêchait toute déglutition), sérum antitétanique intrarachidien, a abouti à la mort, après une durée de 2, 3 et 4 jours. Mort non par spasme, tétanisation brusque, mais plutôt par asphyxie progressive.

K. — Complications médicales

Nous avons vu, au début de notre statistique, que plusieurs hommes sont arrivés non blessés, avec l'étiquette « fiévreux » : ils étaient des *médicaux d'emblée*. Mais d'autres soldats évacués comme blessés ont été atteints par la suite, à l'Hôpital même, de maladies qui ont compliqué plus ou moins leur état. A vrai dire ces affections n'en étaient pas moins dues aux rigueurs de la campagne : ces malades, s'ils

ne sont pas des médicaux d'emblée, sont des *médicaux retardés*.

Bronchites et pleuro-bronchites : 8.

Sciatique rhumatismale (non traumatique) : 4.

Rhumatisme articulaire subaigu : 5,

Tuberculose : 5.

Ces derniers soit qu'ils aient été, avant le départ pour le front, des tuberculeux ignorés révélés par la guerre, soit qu'ils aient été seulement des prédisposés réalisés par la campagne, n'en rentrent pas moins dans un chapitre qui ira sans doute croissant et qu'on pourrait appeler : la *tuberculose-blessure de guerre*.

Celle-ci est à rapprocher de la tuberculose-accident du travail. Toutes deux pourront, à la fin de la guerre, s'éclairer l'une l'autre ; et leur étude aidera à résoudre les deux difficiles questions de la responsabilité du patron et de la responsabilité de l'État.

IV

Terminaison

A. — GUÉRISON

a) *Avec intégrité.* — La statistique des guérisons avec intégrité ne peut être rigoureusement établie. Car la plupart des blessés sur le point d'être complètement guéris sont évacués sur de petits Hôpitaux de la région, et leur évolution ultérieure ne peut être contrôlée. On peut seulement dire que sur les 346 malades examinés 209 sont déjà sortis guéris ou très près de l'être. Et que si on retranche de ce chiffre les 7 blessés rangés dans les *b* et *c* suivants, on trouve : 202 probablement guéris avec intégrité. Chiffre doublement incertain, car s'il peut être légèrement abaissé pour les considérations précédentes, il doit d'autre part, être considérablement élevé : car à la fin du troisième mois, plusieurs blessés sont encore à l'Hôpital en cours de traitement et susceptibles de guérison complète.

b) *Avec amputation.* — 1° Désarticulation métacarpo-phalangienne, pour plaie contuse avec arrachement de l'index droit.

2° Amputation 1re phalange index droit, pour plaie contuse par éclat d'obus.

3° Enucléation d'un œil. L'opération a été faite avant l'entrée à l'Hôpital.

4° Désarticulation de l'épaule gauche, consécutive à une plaie par éclat d'obus. Opération avant l'entrée.

5° Amputation de la cuisse pour sphacèle consécutif à excision d'anévrisme.

6° Désarticulation de l'auriculaire gauche, pour plaie par arrachement (éclat d'obus).

c) *Avec reliquats. Ankyloses et rétractions tendineuses.* — Pas assez de recul : les blessés susceptibles d'être rangés ici sont encore en cours de traitement à l'Hôpital.

Troubles vasculaires. — Un seul blessé (séton de la jambe) a présenté un œdème très accentué à la moindre marche. Plusieurs ont présenté un œdème léger.

B. — MORT

12 morts.

4 par tétanos.
4 par septico-pyohémie.
1 par hémorragie secondaire.
1 par méningite (enfoncement pariétal).
1 par péritonite (perforation dans dothiénentérie).
1 par broncho-pneumonie (plaie de poitrine).

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 1er déc. 1914.
Le Recteur,
Ant. Benoist.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 1er déc. 1914.
Le Doyen,
Mairet.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !